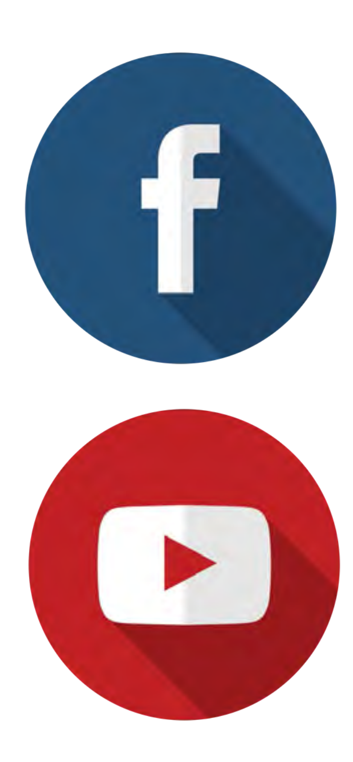
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Cancer desVoies Biliaires Extra Hépatiques

Dr BAAZIZI
Dr Chouadria

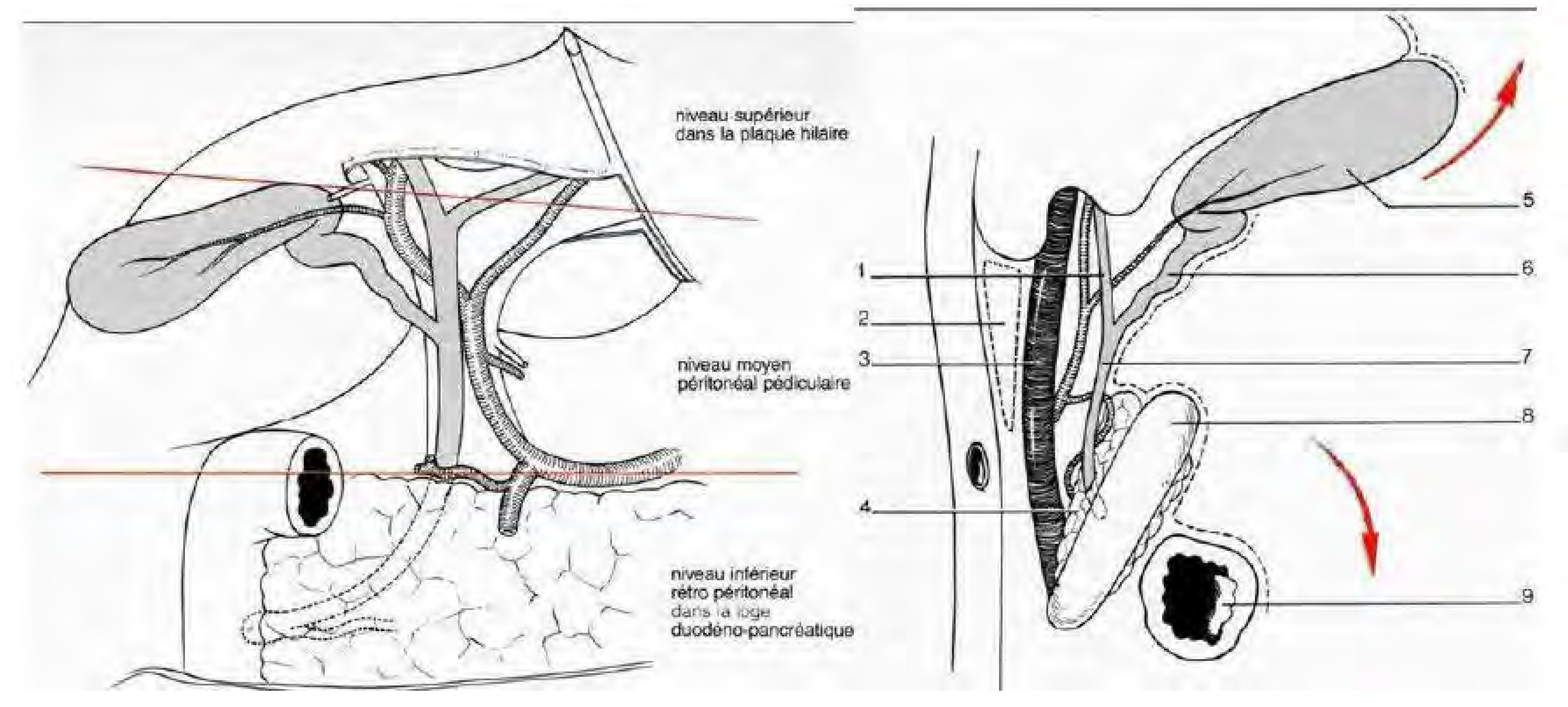


FIG 1 Les trois niveaux des voies biliaires extra-hépatiques.

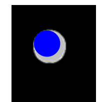
FIG 2 Exposition opératoire des voies biliaires.

1. Canal hépatique. 2. Foramen épiploïque (hiatus de Winslow). 3. Veine porte. 4. Tête du pancréas.

5. Vésicule biliaire. 6. Canal cystique. 7. Canal cholédoque. 8. Partie descendante du duodénum. 9. Côlon transverse.

Au niveau pédiculaire

Voie biliaire principale

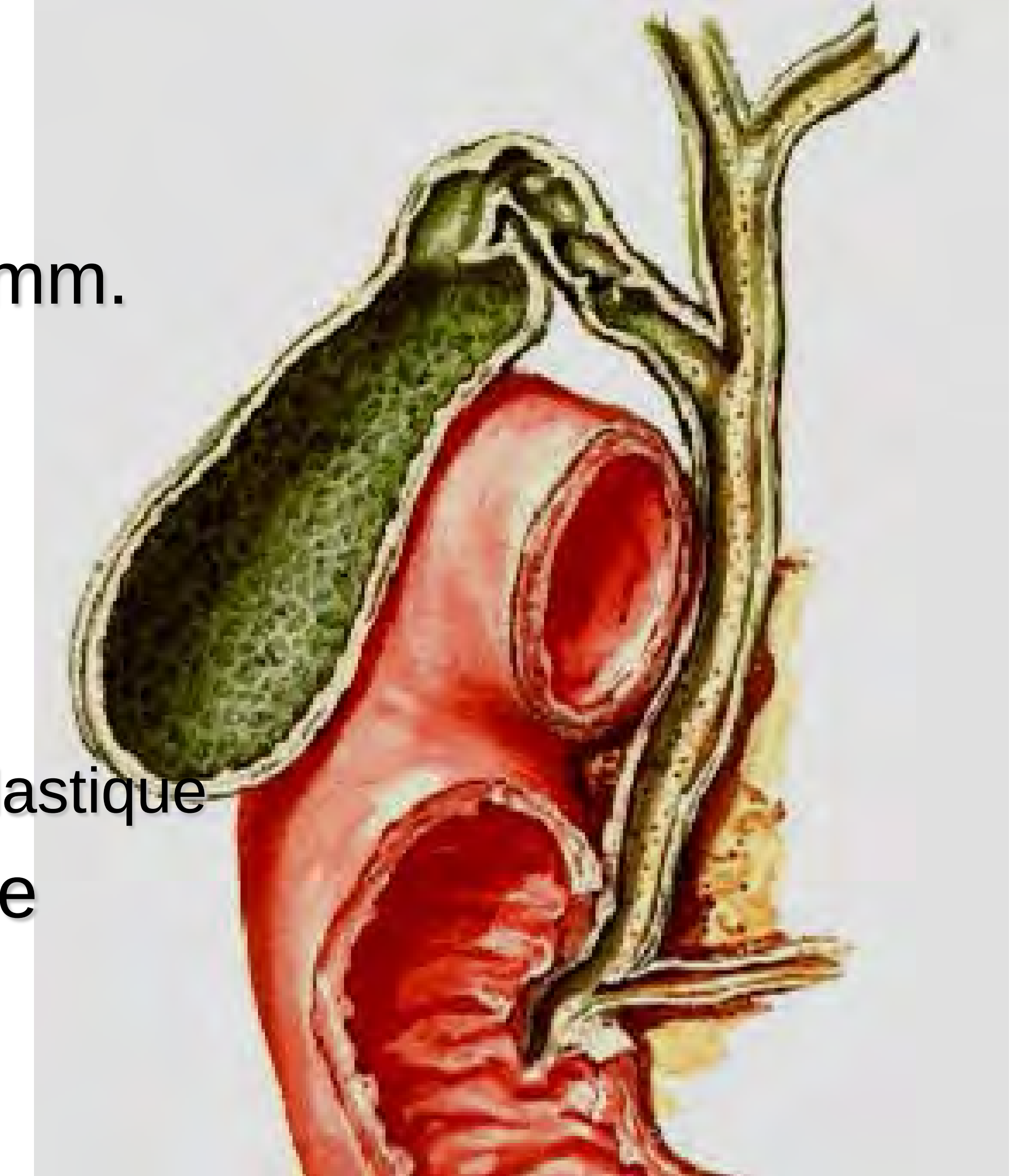


2 segments:

- Canal hépatique
- Canal cholédoque

Conduits hépatiques droit et gauche
Conduit hépatique commun
Artère cystique
Conduit cystique
Veine porte hépatique
Foie
Conduit cholédoque
Vésicule biliaire
Partie supérieure (1re) du duodénum
Côlon transverse (coupé)
Tête du pancréas
Artères hépatiques droite et gauche
Artère hépatique propre
Lame antérieure du petit omentum (*bord coupé*)
Artère gastrique droite
Artère hépatique commune
Artère gastro-duodénale
Estomac

Au niveau pédiculaire :
Voie biliaire principale



Dimensions

- L= 8-10 cm, diam= 5 mm.

Structure

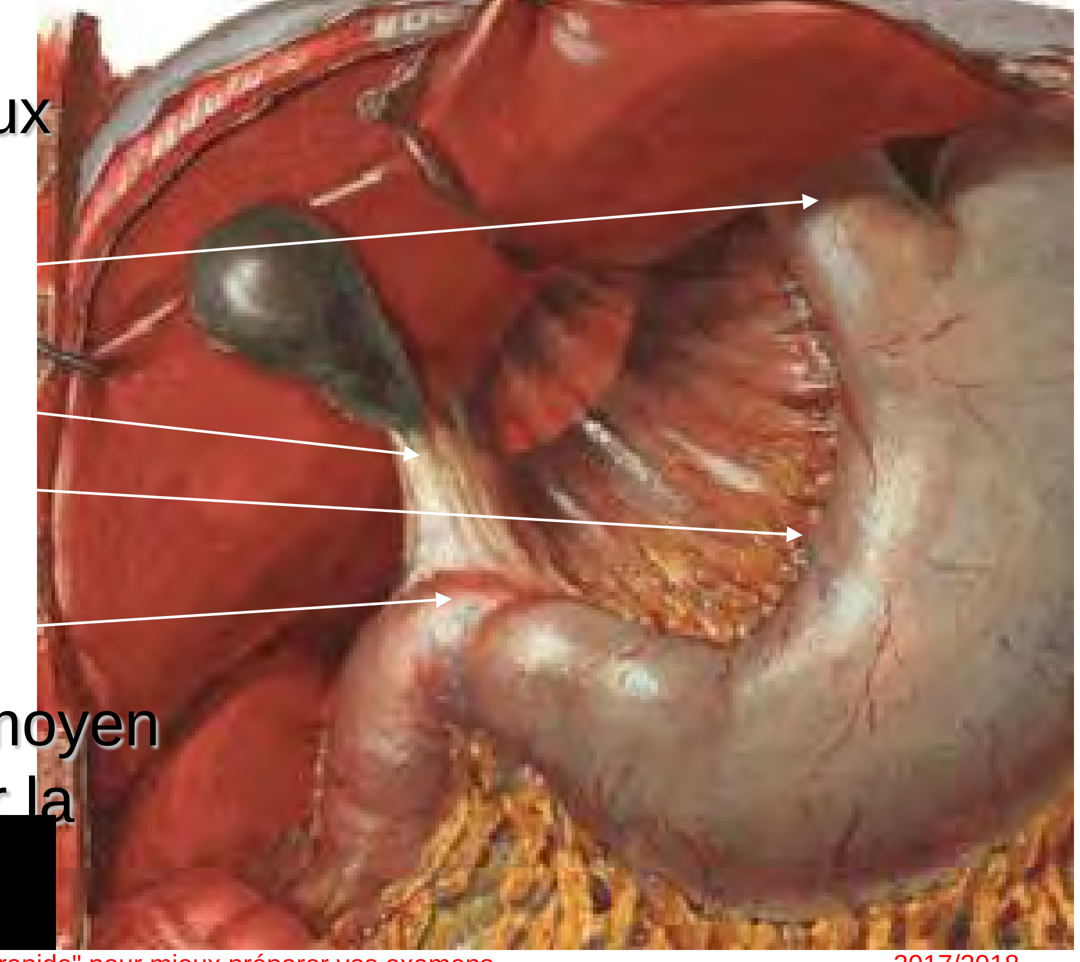
- 2 tuniques
  - interne, muqueuse
  - externe, conjonctivo-élastique
- Sphincter de l'ampoule

Rapports

Segment pédiculaire

- Petit omentum
  - 2 feuillets péritonéaux entre:
    - œsophage
    - hile
    - petite courbure gastrique
    - 1er duodenum

      (union des tiers moyen et supérieurs, sur la face postérieur)

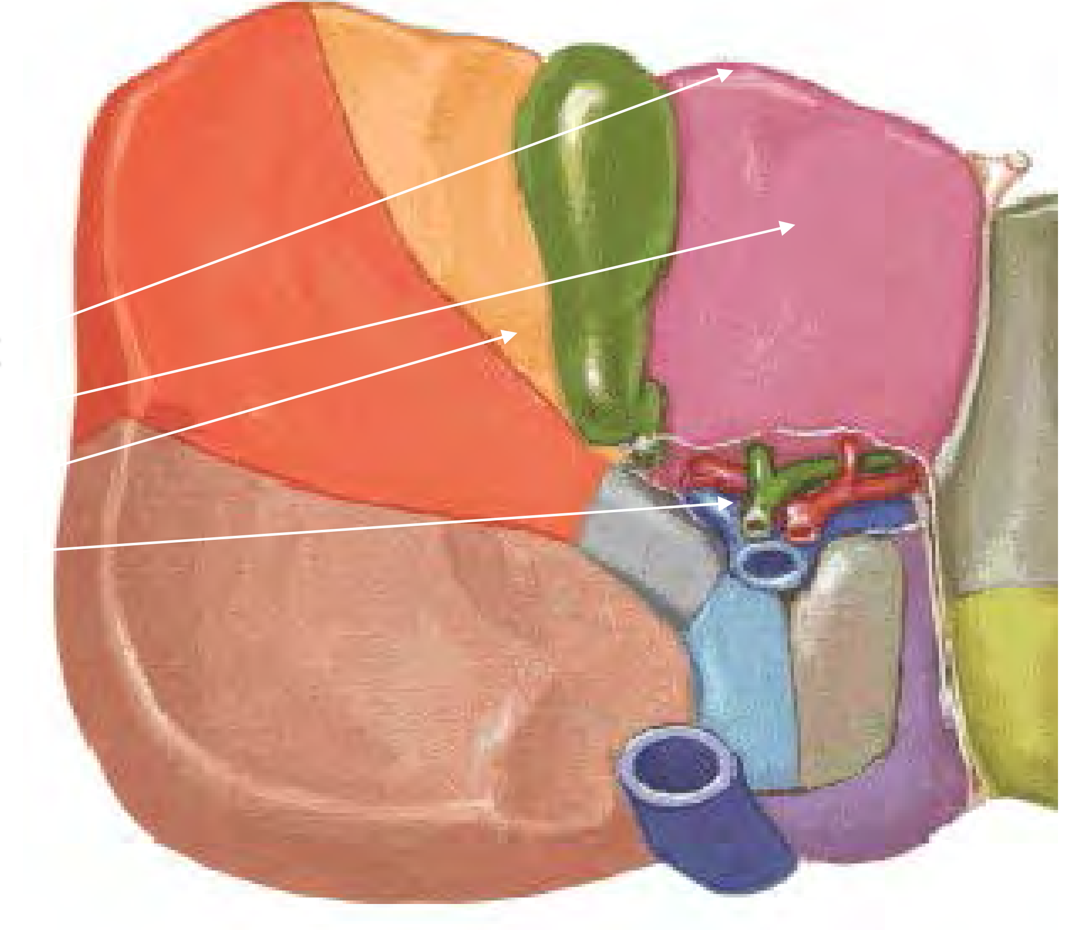


Anatomie descriptive (v.b.accessoire)

1.Vésicule biliaire

- Situation:
  - bord antérieur en avant
  - segment IV à gche
  - segment V à drte
  - hile en arrière

- Dimensions
  - L = 8-10 cm
  - l = 3-4 cm
  - V= 45 cm^3
  -



Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques

I/ INTRODUCTION :

-Le cancer des voies biliaires intra et extra-hépatiques est rare.

-La classification du carcinome des voies biliaires comprend :

- Le cholangiocarcinome.
- Le carcinome de la vésicule biliaire.
- Le carcinome des voies biliaires extra-hépatiques.
- Le carcinome de l'ampoule de vater.

Le cancer des VBEH : tumeurs développées de la région hilaire jusqu'à la partie terminale de la voie biliaire dans le duodénum.

⟹ les cancers de la voie biliaire accessoire (cancers de la vésicule biliaire)

⟹ le cancer de la VBP.

II/ EPIDEMOLOGIE :

-Le carcinome de la vésicule biliaire est le plus fréquent des cancers biliaires (1/5 des kcs gastro-intestinaux).

-Il est présent Sur 1-2% des cholécystectomies réalisées.

-Le cancer des VBEH :prévalence autopsique de 0.01-0.5% avec un pronostic beaucoup plus péjoratif en cas de localisation hilaire.

-Les facteurs de risque de la carcinogenèse biliaire sont mal connus ; ou distingue :

•Les lésions cystiques congénitales.

•La maladie de Caroli.

•La malformation des canaux bilio-pancréatiques.

•Les calculs biliaires.

•Les cholécystites ou cholangites.

•Les maladies inflammatoires du tube digestif (RCH).

•La polypose adénomatose familiale.

•Le thorotrast ; produit de contraste radiologique.

•Les parasites hépatiques, tels que clonorchis sinensis.

Pour le cancer de la vésicule: forte prédominance féminine, avec un âge moyen de 67 ans pour les hommes, et de 69 ans pour les femmes.

Pour le cancer de la VBP: prédominance masculine, les hommes étant significativement plus jeunes que les femmes.

III/ ANATOMOPATHOLOGIE :

-Aspects macroscopiques :

- 57% des cancers de la vésicule biliaire réalisent une atteinte diffuse de la vésicule,

-13% sont localisés dans la région du fond,

- 17% dans le corps et 13% dans le col.

On distingue la forme polypoide ou végétante et la forme infiltrante.

Les cancers avancés atteignent le parenchyme hépatique par contiguïté et peuvent donner un aspect de masse tumorale dans laquelle est encastrée la vésicule.

Environ 50% des cancers de la VBP et du canal cystique sont localisés au 1/3 supérieur des canaux biliaires extra-hépatiques, du hile du foie à la convergence biliaire inférieure, 25% au 1/3 moyen et 19% au 1/3 inférieur.

L'aspect macroscopique le plus fréquent est infiltrant, nodulaire ou sténosant.

-***Aspects microscopiques*** :

Adénocarcinome : le type histologique le plus fréquent, (½ des cas est l'adénocarcinome bien différencié).

Autre formes histologiques :

*Le carcinome épidermoide représente ≈ 4% des cancers de la vésicule biliaire.

*Le carcinome à petites cellules est un carcinome neuroendocrine dont les cellules se disposent en travées ou en amas.

*Le carcinome indifférencié représente 5% des cancers de la vésicule biliaire. Il s'agit habituellement d'une tumeur volumineuse détruisant la vésicule et infiltrant les organes adjacents.

*Les autres tumeurs malignes sont très rares : léiomyosarcomes, rhabdomyosarcomes, lymphomes et mélanomes biliaires primitifs.

*Les tumeurs secondaires sont rares et sont de découverte autopsique. Elles surviennent le plus fréquemment par voie péritonéale dans le cadre d'une carcinose provenant d'une tumeur intra-abdominale.

-Extension :

-La plus part des cancers des VBEH sont découverts à un stade d'extension avancé.

-Du fait de son siège, le cancer de la vésicule s'étend avant tout par contiguïté au foie, plus rarement à l'estomac, au duodénum, ou au colon transverse, pouvant alors entraîner une fistule bilio-digestive.

-La perforation tumorale de la vésicule est responsable d'une dissémination péritonéale pouvant se compliquer d'une atteinte ovarienne réalisant une tumeur de Krukenberg.

-L'atteinte ganglionnaire est souvent rapide et présente chez la moitié des malades au moment du diagnostic.

-Les métastases par voie hématogéne sont moins fréquentes et concernent surtout le foie et les poumons, rarement le colon ou le rectum.

Actuellement, ou utilise surtout la classification TNM :

Tumeur primitive
- To : pas de tumeur évidente.
- Tis : carcinome ni-situ.
- T1 : atteinte de la muqueuse ou musculeuse.
- T1a : atteinte limitée à la muqueuse.
- T1b : atteinte de la musculeuse.
- T2 : atteinte du tissu celluleux péri musculaire.
- T3 : atteinte d'organes adjacents.

Ganglions lymphatiques régionaux
- No : absence d'atteinte ganglionnaire
- N1 : atteinte ganglionnaire.
- N1a : atteinte des ganglions du ligament hépato-duodénal.
- N1b : atteinte des ganglions pancréatiques, duodénaux, portaux, coeliaques ou mésentériques supérieurs.

Métastases à distance
- Mo : absence de métastases.
- M1 : présence de métastases.

IV-1-Cancer de la vésicule biliaire:

-Manifestations cliniques:

-Le cancer de la vésicule est longtemps asymptomatique, et la majorité des patients ont une maladie évoluée au moment du diagnostic.

-Le symptôme le plus constant est la douleur, de type biliaire, siégeant dans l'hypochondre droit, intense, irradiant dans le dos et s'accompagnant d'inhibition respiratoire.

-Les autres signes révélateurs sont l'ictère, un amaigrissement, une fièvre, des nausées et des vomissements, une masse de l'hypochondre droit.

-A l'opposé, le cancer de la vésicule peut se présenter sous le masque d'une maladie biliaire bénigne, telle une cholécystite aiguë pour laquelle est posée une indication opératoire.

-Diagnostic :

Biologie : en cas de cancer in-situ du bas fond vésiculaire, le bilan hépatique est normal ;

en cas d'envahissement de la voie biliaire principale, on aura les signes biologiques habituels d'un ictère cholestatique.

-Les marqueurs tumoraux ACE, alphafoetoproteine et CA19-9 peuvent être augmentés de façon très importante.

Imagerie : l'échographie, la TDM et l'IRM ont un but diagnostique en visualisant la tumeur, et pronostic en évaluant l'extension loco-régionale.

-Diagnostic différentiel :

-Le polype adénomateux, donne une image hyperéchogéne arrondie, pédiculée on sessile, fixée à la paroi, sans cône d'ombre.

- L'adénomyomatose se traduit par un épaississement pariétal diffus ou localisé avec diverticules intra muraux.

-La cholécystite aiguë se traduit par un épaississement vésiculaire.

IV-2 Cancer de la voie biliaire principale :

-Manifestations cliniques :

-Le cancer de la VBP se manifeste dans 90% des cas sous la forme d'un ictère non fébrile, pouvant être prurigineux.

-Il existe une altération de l'état général avec perte de poids, anorexie ainsi que de vagues douleurs abdominales.

-La présence d'hémobilie est suspectée en cas de méléna.

-La palpation permet dans certains cas de noter une hépatomégalie, la présence d'une masse abdominale ou d'une vésicule biliaire distendue.

-Eléments du diagnostic :

Biologie :

-le tableau biologique est le plus souvent celui d'une cholestase ictérique à prédominance de bilirubine conjuguée.

-Une cytolyse et une anémie sont parfois associées et le TP peut être bas.

-Un syndrome inflammatoire (plaquettes, alpha 2 globuline, CRP augmentées) peur être présent.

-L'antigène CA 19-9 est élevé dans les tumeurs bilio-pancréatiques.

Echographie : c'est l'examen de 1ére intention dans le bilan d'une cholestase. Lorsqu'il existe une dilatation des VBIH et/ ou de la VBP, l'échographie permet le diagnostic positif d'un ictère obstructif dans 80-97% des cas.

Elle localise le siège de l'obstacle. Une dilatation de la VBP est suspectée par l'apparition d'une image en Canon de fusil.

L'échographie détecte des adénopathies ou des métastases hépatiques.

IV-2 Cancer de la voie biliaire principale :

-Eléments du diagnostic :

Scanner : le scanner conventionnel apporte le même type d'information.

Le scanner hélicoïdal autorise un bilan d'extension plus performant pour l'étude des axes vasculaires.

Echoendoscopie : Elle apprécie finement les rapports de la tumeur avec les axes vasculaires et elle prédit avec exactitude la résécabilité dans 80% des cas de cancers de la VBP.

Opacification de l'arbre biliaire : elle précise le siège et la hauteur de l'obstacle :

•Cholangiographie transhépatique (CTH) : Elle visualise le pole supérieur de l'obstacle ainsi que l'envahissement éventuel aux canaux hépatiques droits et gauches.

•Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) :

C'est la technique de choix lorsque le patient est inopérable et qu'il s'agit d'un obstacle distal. Elle permet l'opacification rétrograde de l'arbre biliaire ou du pole inférieur de la tumeur.

•Cholangiopancréatographie IRM :L'avantage de la CPIRM est d'obtenir un cholangiogramme et des données sur l'extension tumorale à distance.

Les données du cholangiogramme font l'objet de deux classifications qui orientent sur la résécabilité et le pronostic :

-Classification de Bismuth :

1/3 > (Tm KLATSKIN)

* Type I : lésion respectant la convergence principale.
* type II : lésion interrompant la convergence principale.
* type III : lésion associant à l'interruption de la convergence principale celle d'une seule convergence secondaire.
* type IV : lésion associant l'interruption de la convergence principale et des 2 convergences secondaires.

-Classification de Liguory et Canard :

1/3 moyen+ inférieur

*Type obstructif (70%).
*Type sténosant (24%).
*Type bourgeonnant (6%).

Artériographie : lorsqu'une exérèse de la tumeur est envisagée, une artériographie avec temps veineux est indiquée afin de mieux préciser l'extension vasculaire.

-Diagnostic différentiel :

-En cas d'ictère cholestatique, l'absence de dilatation de l'arbre biliaire en échographie ou au scanner oriente vers une **cholestase intra hépatique.**

-**Les calculs de la VBP**.

-En cas de sténose basse, le diagnostic différentiel est celui d'un **cancer du pancréas**. Sur le cholangiogramme, un arrêt en culot d'obus est en faveur d'une tumeur du cholédoque, alors qu'un aspect en queue de radis oriente vers une lésion pancréatique.

-Une **tumeur ampullaire** est suspectée lorsqu'il existe une dilatation de l'ensemble du canal pancréatique associée à celle de l'arbre biliaire.

-Lorsque l'obstacle est plus haut situé, il peut s'agir d'une **compression (syndrome de Mirizzi, adénopathie**) ou d'un **envahissement extrinsèque malin.**

-En cas de **cholangite sclérosante**, la méthode diagnostique de référence est l'opacification de l'arbre biliaire qui retrouve des sténoses étagées sur les VBI et VBEH, irrégulières avec une alternance de dilatation.

-**Lésion bénignes** : kystes du cholédoque, adénomatose biliaire, cystadénomes mucineux.

Evolution et pronostic :

Le seul espoir de guérison en cas de cancer de la VBP réside dans l'exérèse chirurgicale de la tumeur et en l'absence de tout traitement, la plupart des patients décèdent au cours des 3 mois qui suivent l'apparition de l'ictère.

VI/ TRAITEMENT :

VI-1 Traitement chirurgical :

Généralités :

-La chirurgie curative a pour objectif l'exérèse de la totalité des tissus cancéreux : la tumeur primitive et ses ganglions lymphatiques satellites, mais aussi les viscères voisins s'ils sont envahis.

L'étendue de l'exérèse sera donc conditionnée par le siège et l'extension de la tumeur primitive.

-La chirurgie palliative est définie par une exérèse incomplète des tissus néoplasiques. Son but est d'assurer le drainage de la bile vers le tube digestif en cas de sténose.

*** Chirurgie Curative :**

***Cancer de la vésicule biliaire* :**

Méthodes :

***1/ Cholécystectomie simple* :**

Elle ne diffère en rien de celle préconisée pour le traitement de la lithiase.

2/ Cholécystectomies élargies au parenchyme péri vésiculaire :

•Cholécystectomie élargie au lit vésiculaire selon GLENN :

Elle réalise l'exérèse de la vésicule biliaire et de la totalité du canal cystique, une résection hépatique atypique effectuée aux dépens des segments IV et V sur une épaisseur de 03 cm, et un curage cellulolymphatique pédiculaire étendu du hile du foie au bord supérieur du 1ér duodénum.

•Cholécystectomie avec bisegmentectomie antérieure IV et V :

Elle représente une exérèse hépatique péri vésiculaire réglée, enlevant la totalité du segment V et la moitié antérieure du segment IV.

•Cholécystectomie avec plurisegmentectomies :

Soit, exérèse des segments IV, V et VIII du fait des difficultés de repérage entre les segments V et VIII et les risques de propagation à la totalité de segment IV.

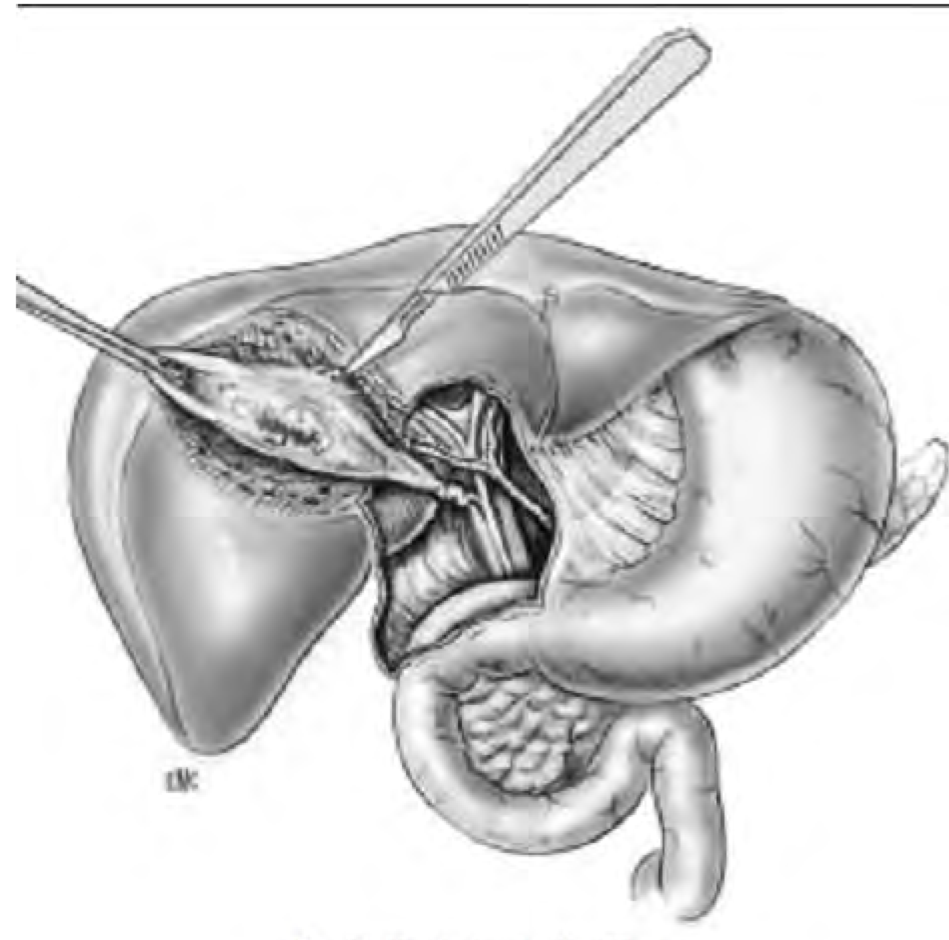
Soit, exérèse de la partie antérieure du segment IV et des segments V et VI, compte tenu des possibilités de drainage veineux vésiculaire parfois retrouvés dans le segment VI.

•Cholécystectomie avec hépatectomie droite élargie au IV :

Carcinologiquement très satisfaisante, elle ne peut être réalisée que si le lobe gauche est de taille suffisante, représentant 15-20% du volume total du foie.

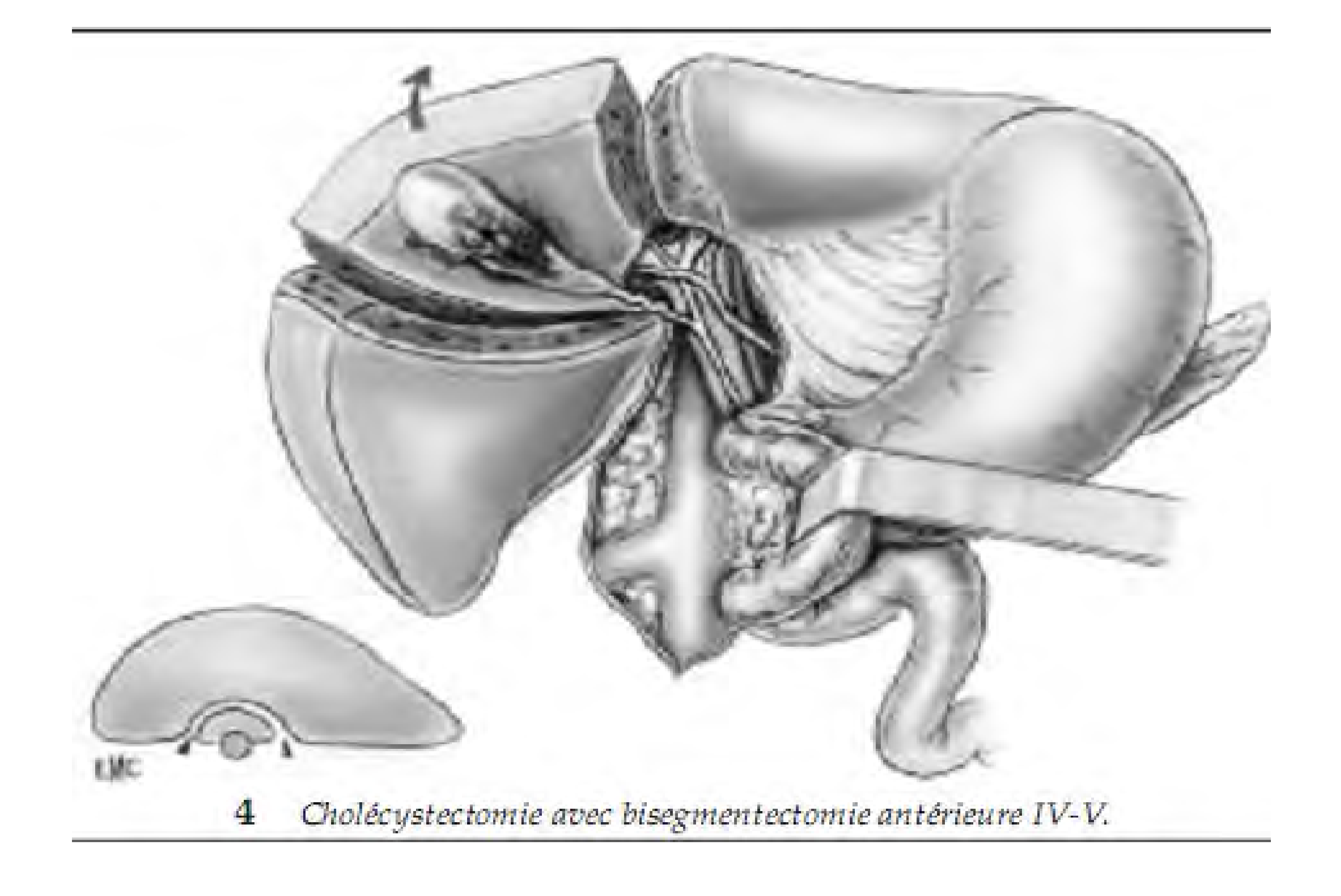
•Hépatectomie totale suivie de transplantation :

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



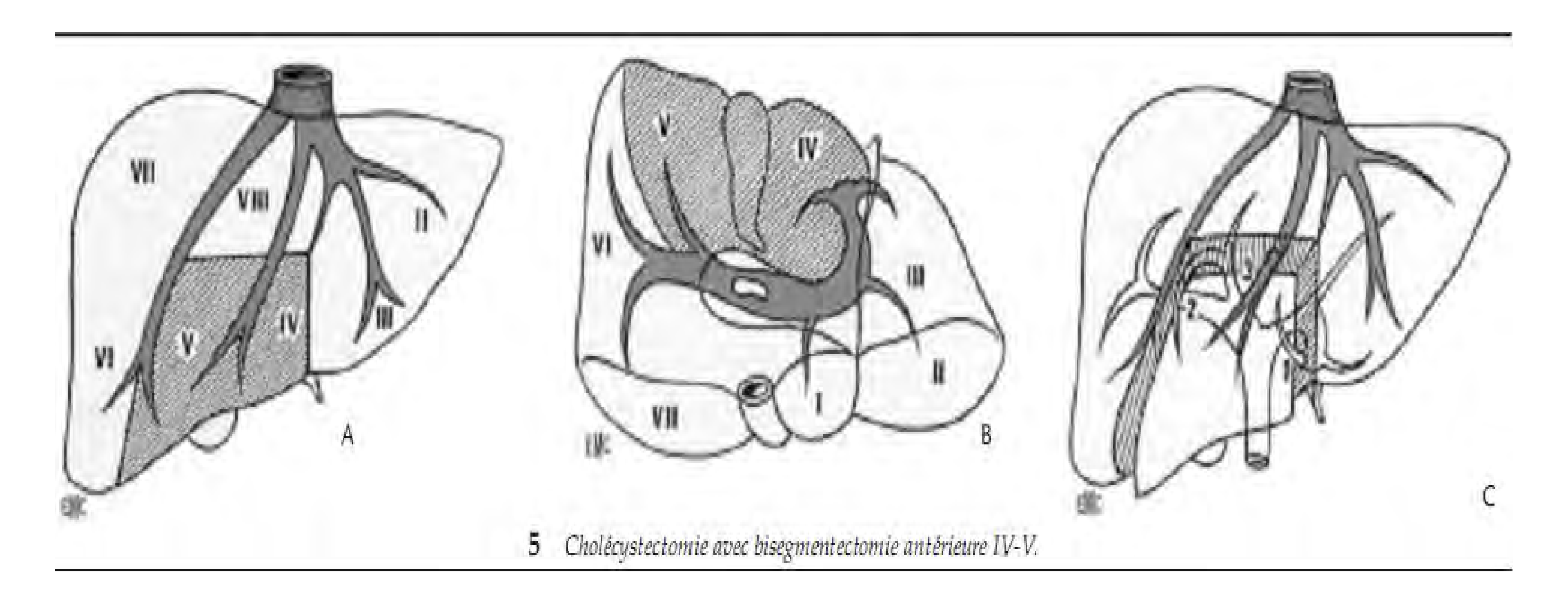
3 *Cholécystectomie selon Glenn.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



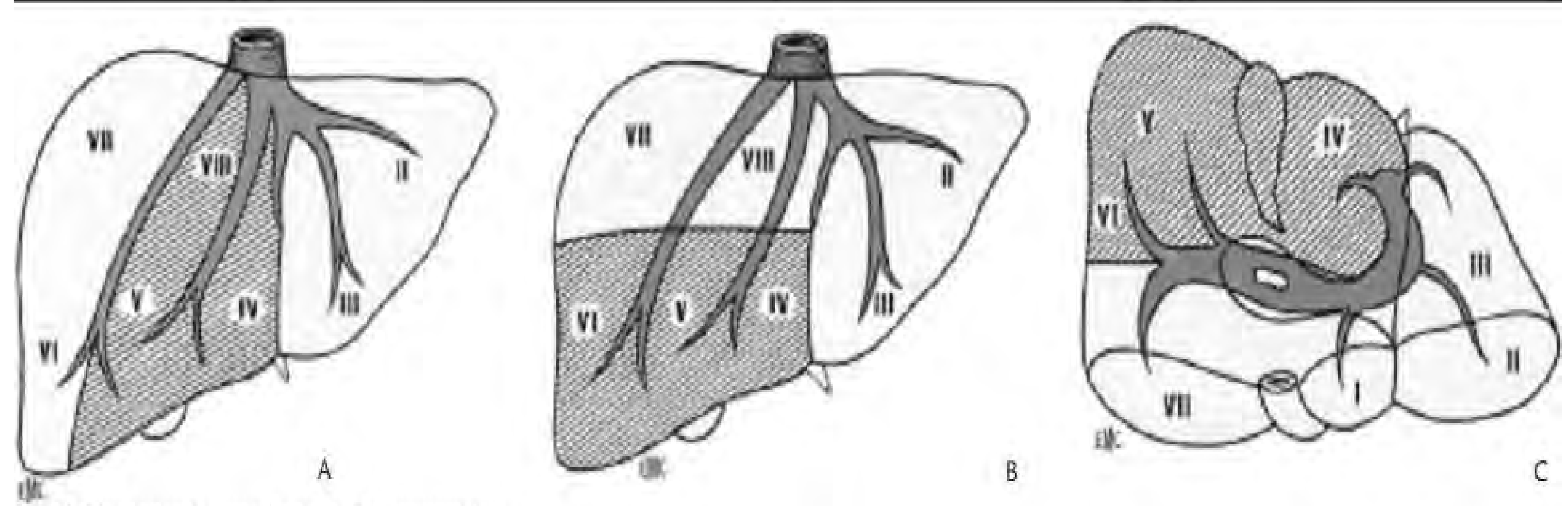
4 *Cholécystectomie avec bisegmentectomie antérieure IV-V.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



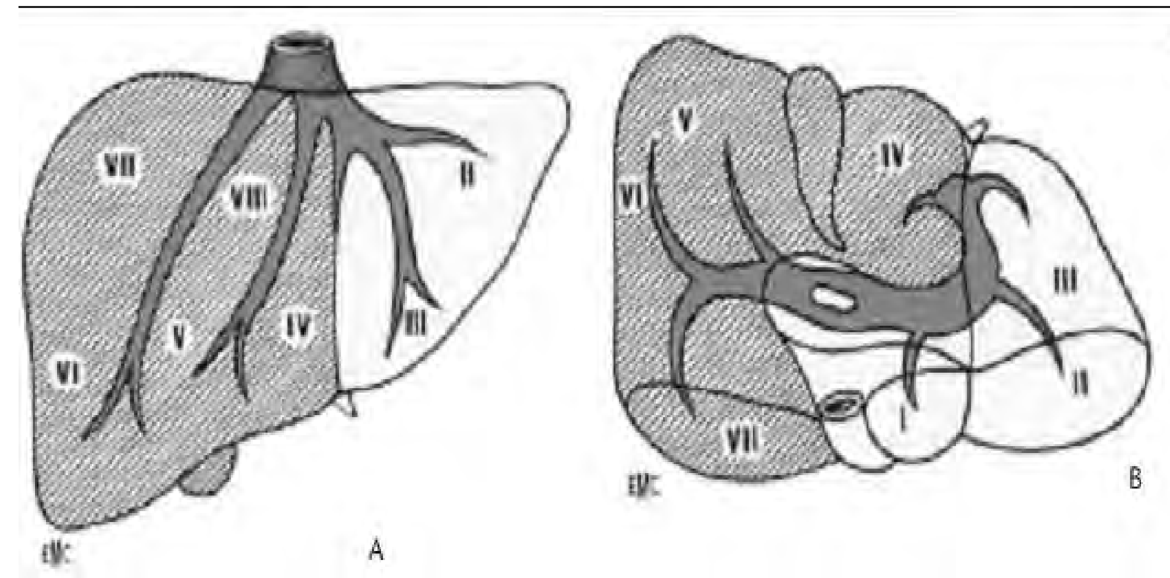
5 *Cholécystectomie avec bisegmentectomie antérieure IV-V.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



6 *Cholécystectomie avec résections plurisegmentaires.*
A. Selon Pack et Stalport
B, C. Selon Couinaud.

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



7 *Cholécystectomie avec hépatectomie droite élargie au segment IV.*

Cancer de la voie biliaire principale :

Cancers du tiers supérieur :

- Exérèses tumorales sans résection hépatique :

- En l'absence d'atteinte du tronc porte ou d'une de ses branches, la résection tumorale simple peut être envisagée. Le cholédoque est sectionné au bord supérieur du duodénum et disséqué de bas en haut vers les canaux biliaires intra hépatiques. Il s'agit d'une résection monobloc, mettant à nu le tronc porte et l'artère hépatique.

Lorsque les canaux biliaires dilatés sont exposés, ils peuvent être sectionnés à 1 cm au-dessus de la tumeur. Il faut dés lors rétablir la continuité bilio-digestive au moyen d'une anse en y de 80 cm de long.

- Exérèses tumorales avec résections hépatiques :

•**Segmentectomie IV** : elle est davantage un facteur d'exposition qu'une nécessite carcinologique, permettant une excellente exposition sur les cancers du 1/3 supérieur.

•**Hépatectomies gauches et droites** : sont indiquées pour des raisons vasculaires et biliaires. Une atteinte d'une branche droite ou gauche du tronc porte implique une hépatectomie du même coté.

Le rétablissement de la continuité peut être effectué, soit sur le canal biliaire droit ou gauche, soit sur une convergence secondaire.

-**Exérèses hépatiques avec exérèses vasculaires :**

- Hépatectomie totale avec transplantation hépatique :

- Hépatectomie totale et pancréatectomie totale avec transplantation hépatique et pancréatique

Cancers du tiers moyen :

Techniques d'exérèse :

Plutôt qu'une exérèse palliative, il serait préférable de réaliser une duodéno-pancréatectomie céphalique ou une résection de la convergence biliaire en fonction de l'extension. Habituellement, l'anastomose bilio-digestive siège au niveau de la convergence.

Techniques de dérivation :

En cas d'irrésécabilité une anastomose palliative sus-tumorale est possible. Par contre, **la prothèse de Kron** placée en sus-tumoral pour court-circuiter la tumeur et s'implantant à distance dans le duodénum ou le grêle, trouve ici sa meilleure indication.

Cancers du tiers inférieur :

Techniques d'exérèse :

- Duodéno-pancréatectomie céphalique :

Elle réalise l'ablation en bloc de l'antre gastrique, de la voie biliaire principale et du bloc duodéno-pancréatique avec triple anastomose : gastro-jéjunale, cholédoco-jéjunale et pancréatico-jéjunale ou pancréatico-gastrique et curage ganglionnaire.

Techniques de dérivation :

- Dérivations biliaires :

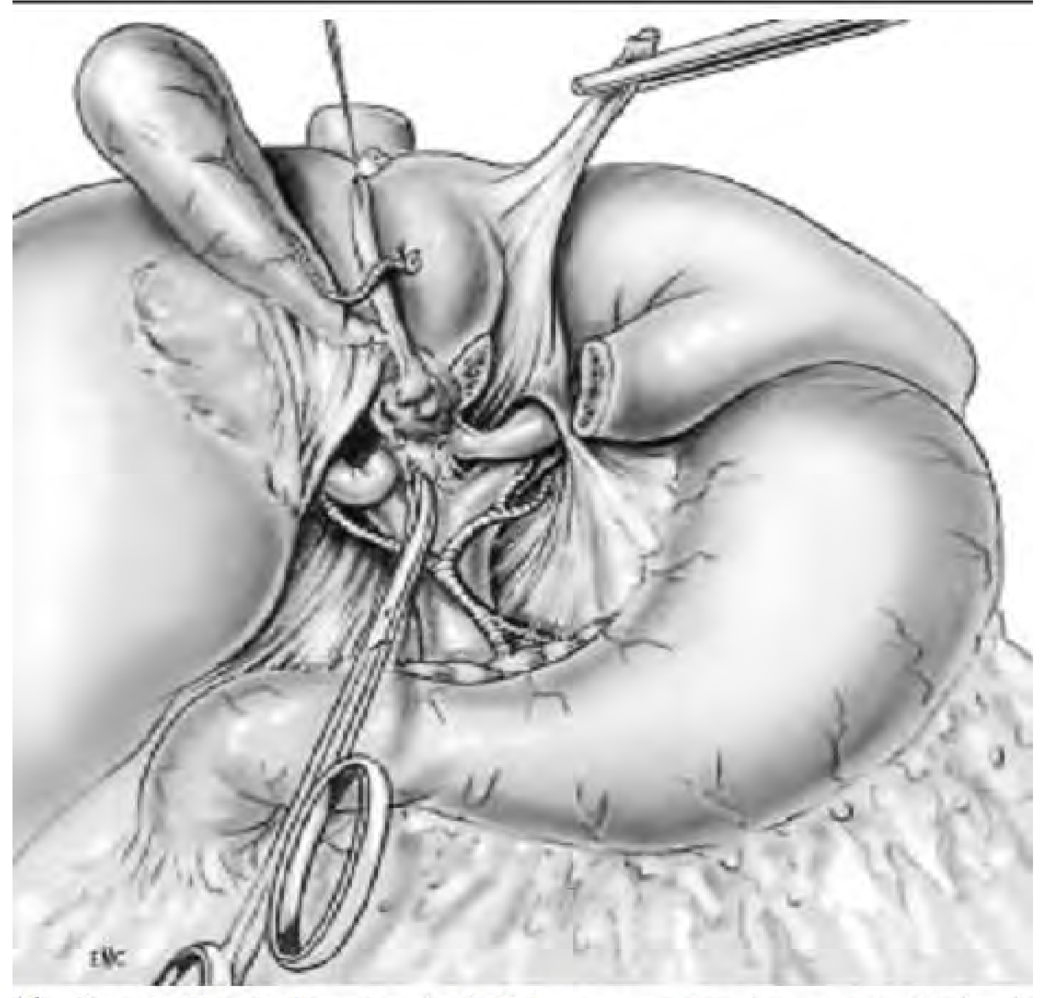
Anastomoses cholécysto-digestives : ces anastomoses peuvent être effectuées soit avec l'estomac, le duodénum, ou le jéjunum sur une anse en Y.

Anastomoses cholédoco-digestives : elles paraissent plus sures et dérivent le flux biliaire d'emblée et complètement.

- Dérivations gastriques :

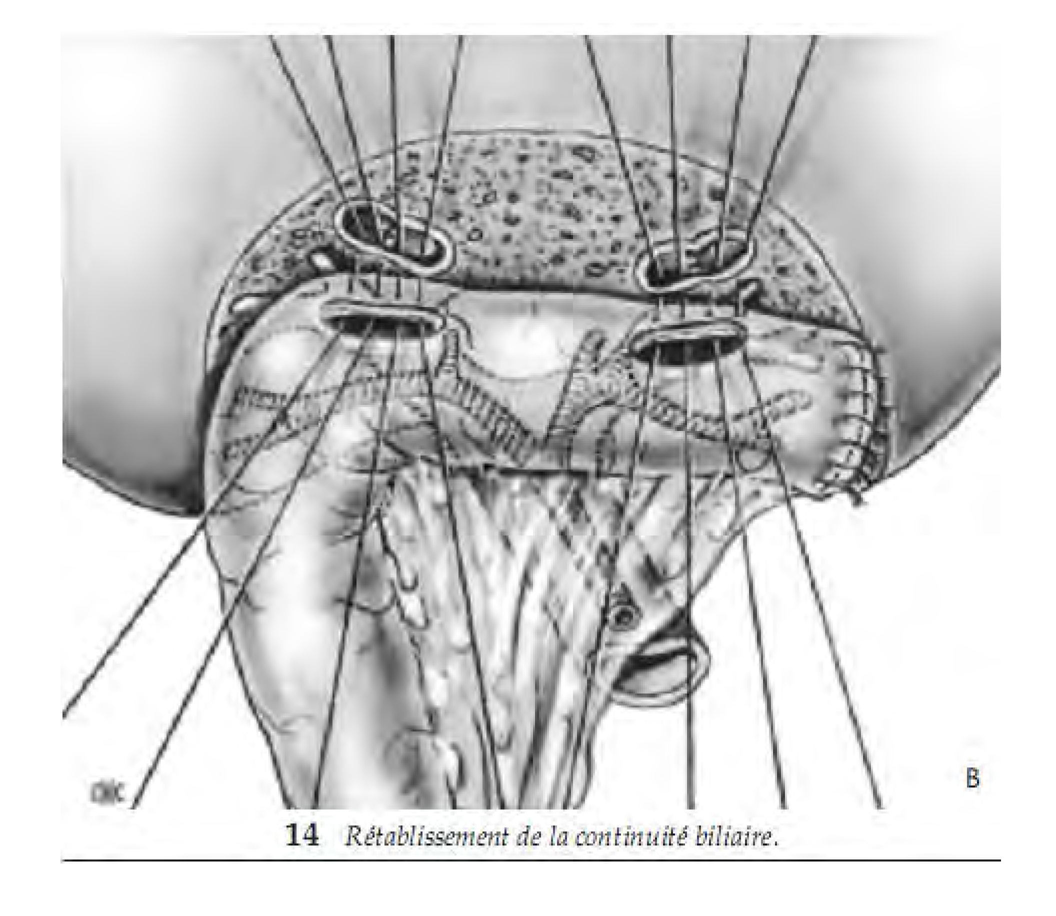
Une gastro-enterostomie doit toujours être associée à la dérivation biliaire. Elle est de préférence pré-colique, réalisée sur la 1 ére anse jéjunale.

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



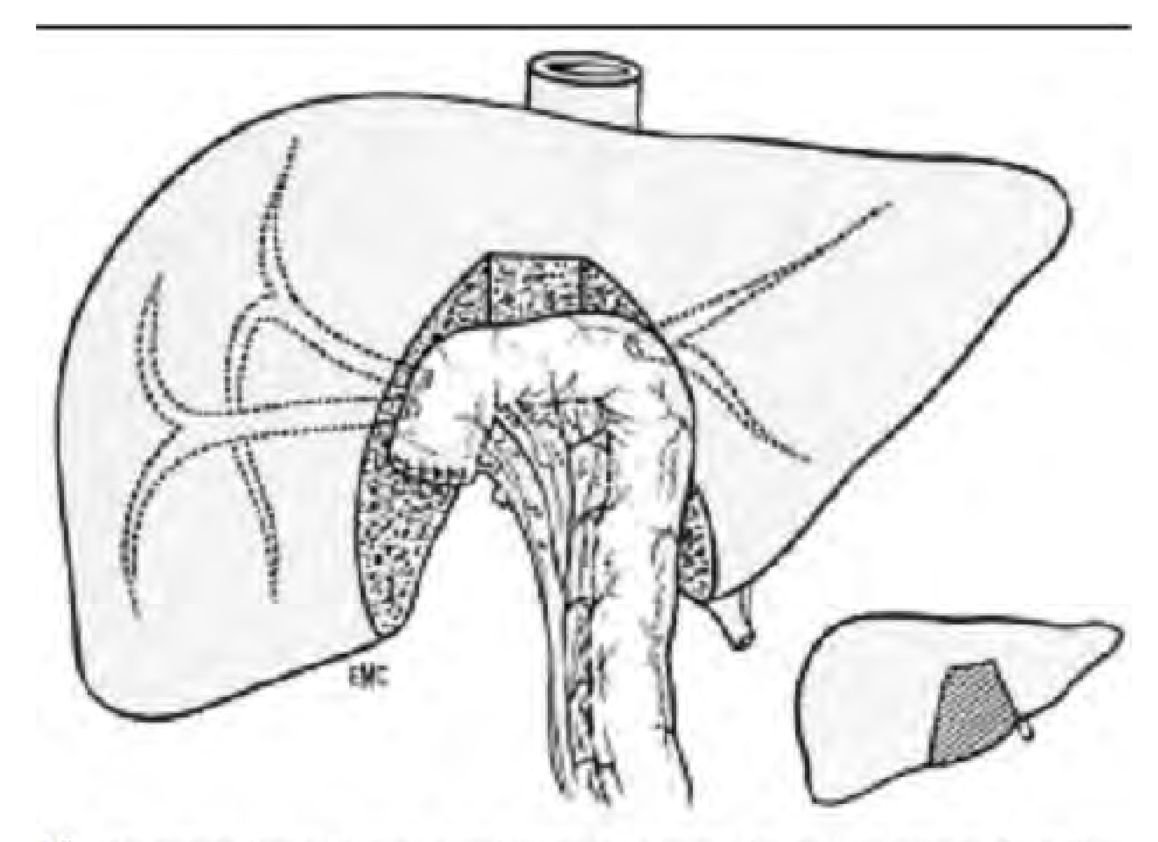
13 *Pour faciliter la dissection, le cholédoque est sectionné en sus-duodénal et le pédicule hépatique squelettisé.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



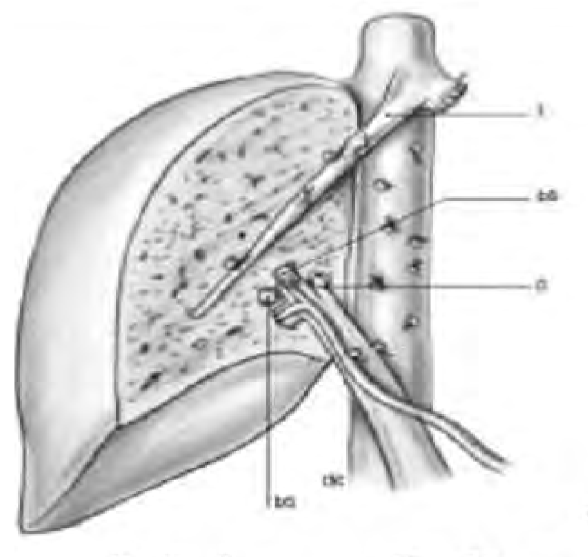
14 *Rétablissement de la continuité biliaire.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques

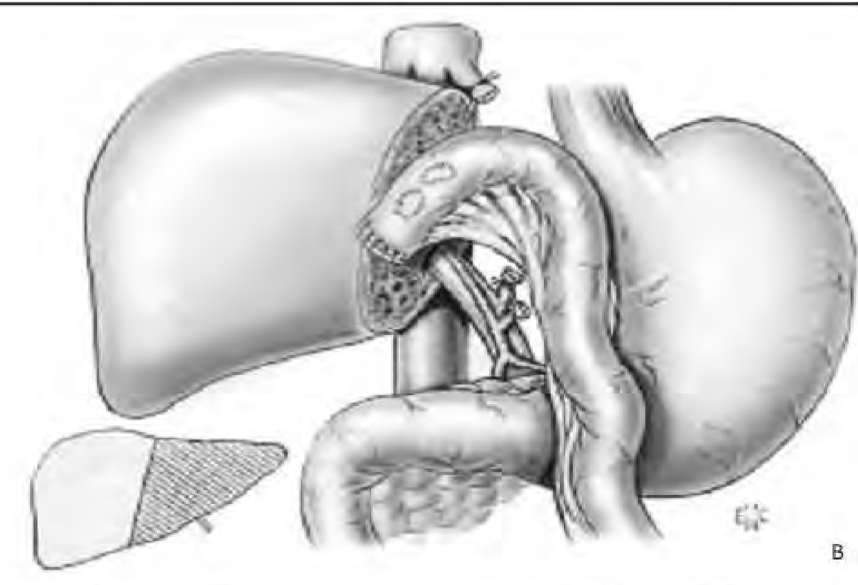


18 *Segmentectomie IV avec anastomose biliaire sur les canaux gauche et droit reconstitués (avec l'autorisation d'Annals of Surgery).*

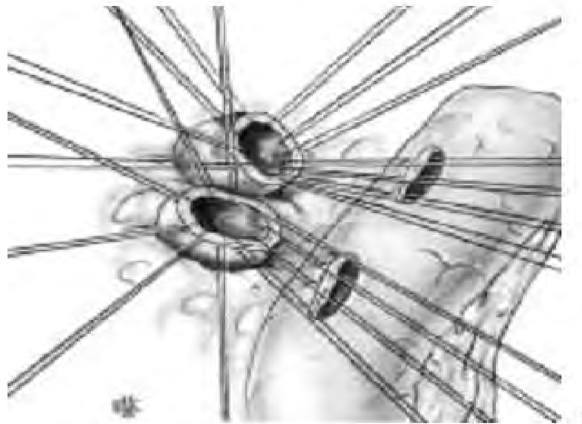
Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



A



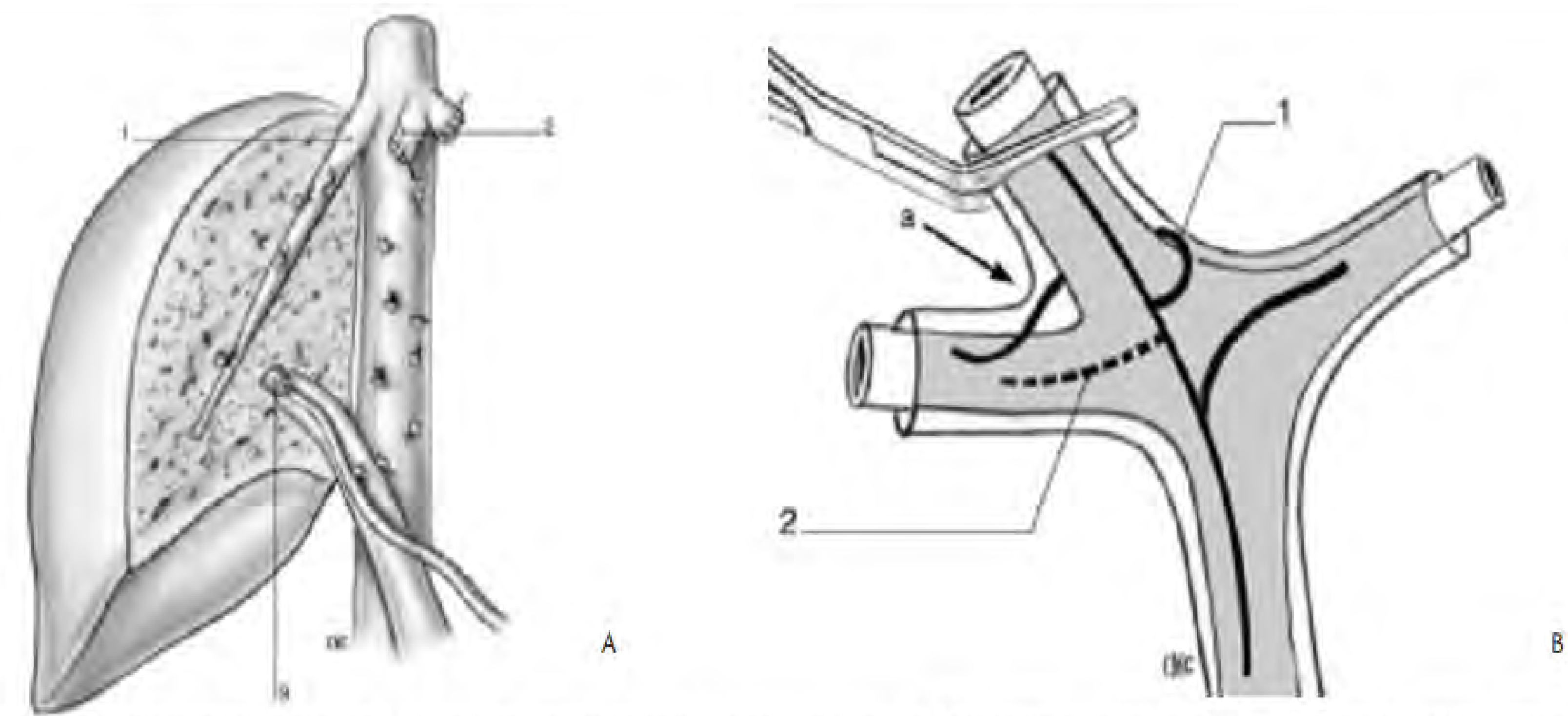
B



C

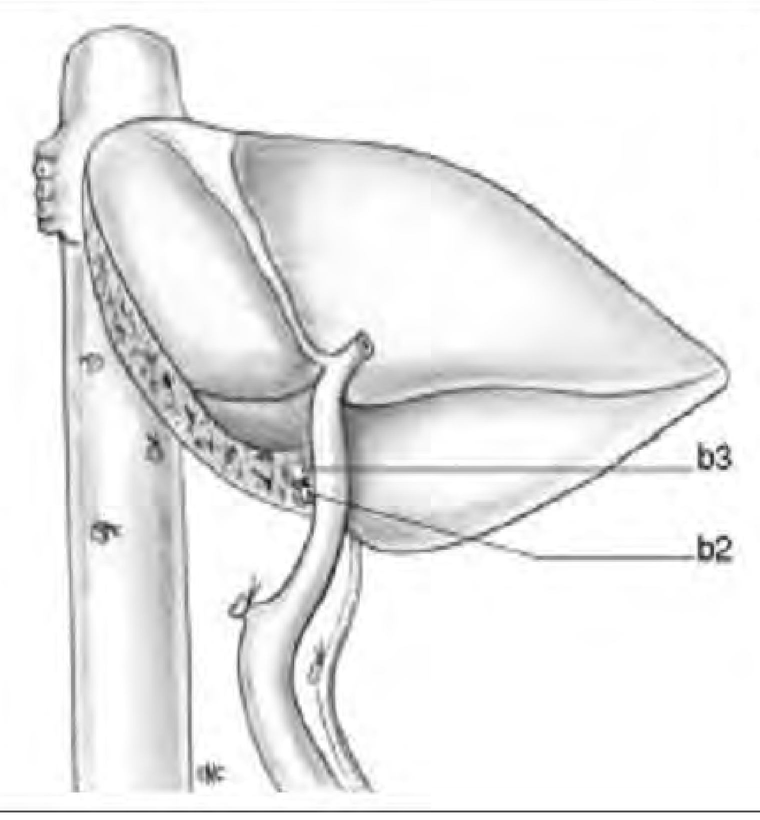
19 *A. Hépatectomie gauche élargie au segment I avec résection des voies biliaires extrahépatiques. La veine sus-hépatique moyenne est exposée à la surface de la scissure médiane. Noter que le canal biliaire latéral droit (postérieur) est situé en haut de la branche portale droite. 1. Veine sus-hépatique moyenne ; b5. canal biliaire du segment V ; b8. canal biliaire du segment VIII ; P. canal latéral droit postérieur (d'après Nimura).*
B. Hépatectomie gauche et rétablissement de la continuité sur les canaux latéral droit et paramédian.
C. Anastomose des canaux latéraux droit et paramédian sur une anse en « Y ».

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



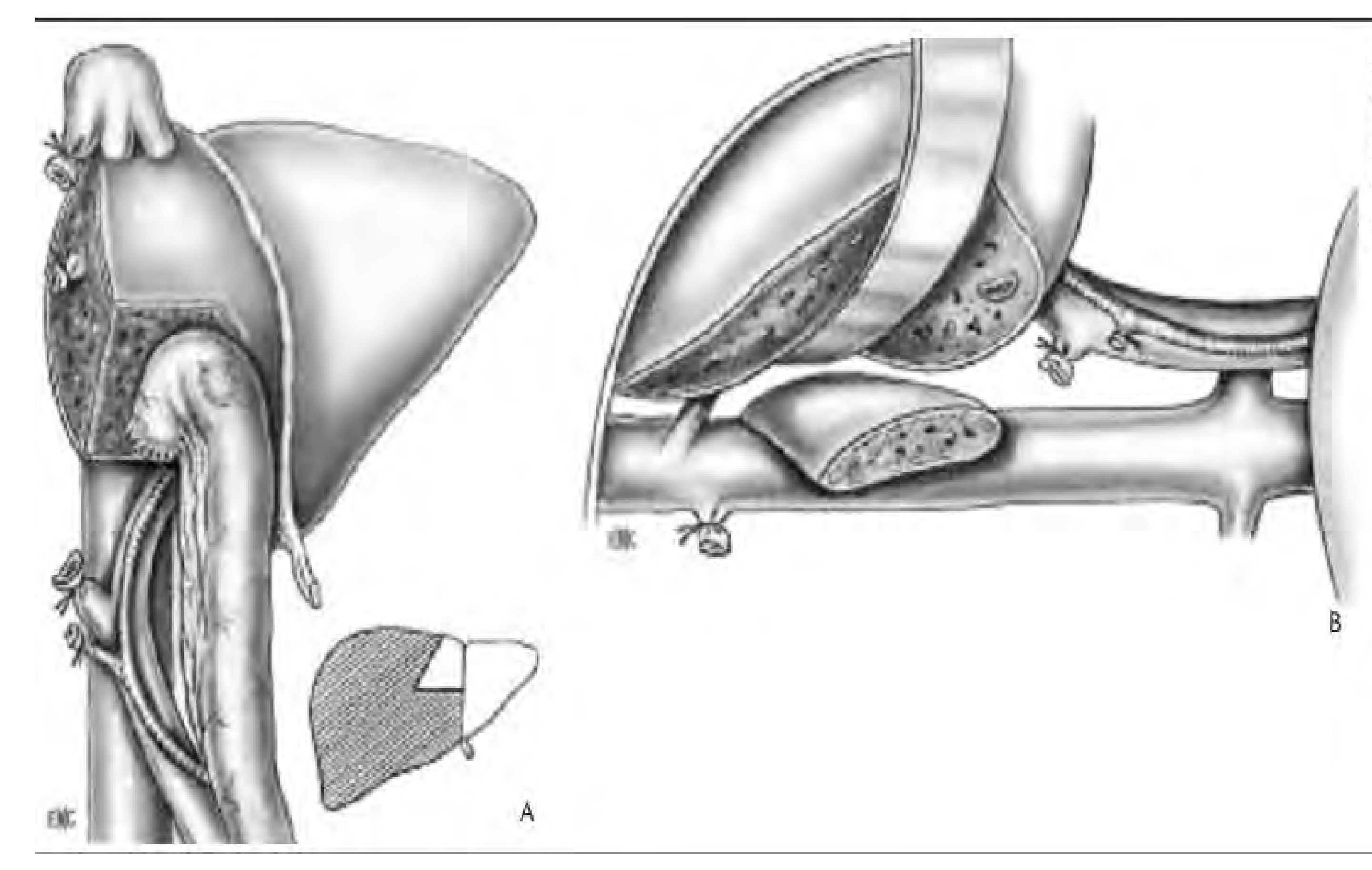
20 *A. Hépatectomie gauche élargie aux segments I, VIII et V avec exérèse des voies biliaires extrahépatiques. La veine sus-hépatique droite est exposée à la surface du parenchyme Noter que sur la veine cave inférieure il n'y a que deux veines sus-hépatiques, le tronc commun des veines sus-hépatiques gauche et moyenne (qui sont ici sectionnées sépa rément en intraparenchymateux) et la veine sus-hépatique droite. Le canal biliaire latéral droit est anastomosé en avant de la branche latérale droite de la veine porte. Bien évi demment, si l'on veut une exérèse carcinologique satisfaisante, la dissection du pédicule paramédian droit doit se faire en intraglissonien. Mais il est prudent de repérer aupa ravant en extraglissonien le pédicule latéral droit. 1. Veine sus-hépatique droite ; 2. veine sus-hépatique moyenne ; 3. canal latéral droit.*
B. Détail du pédicule glissonien droit. Il existe deux types de canal latéral droit : 1. Épiportal (85 % des cas), dessinant la courbure de Hortsjö : dans la ligature extraglisso nienne du pédicule paramédian droit, il risque d'être sténosé. 2. hypoportal (15 % des cas) (d'après Cimpeanu).

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



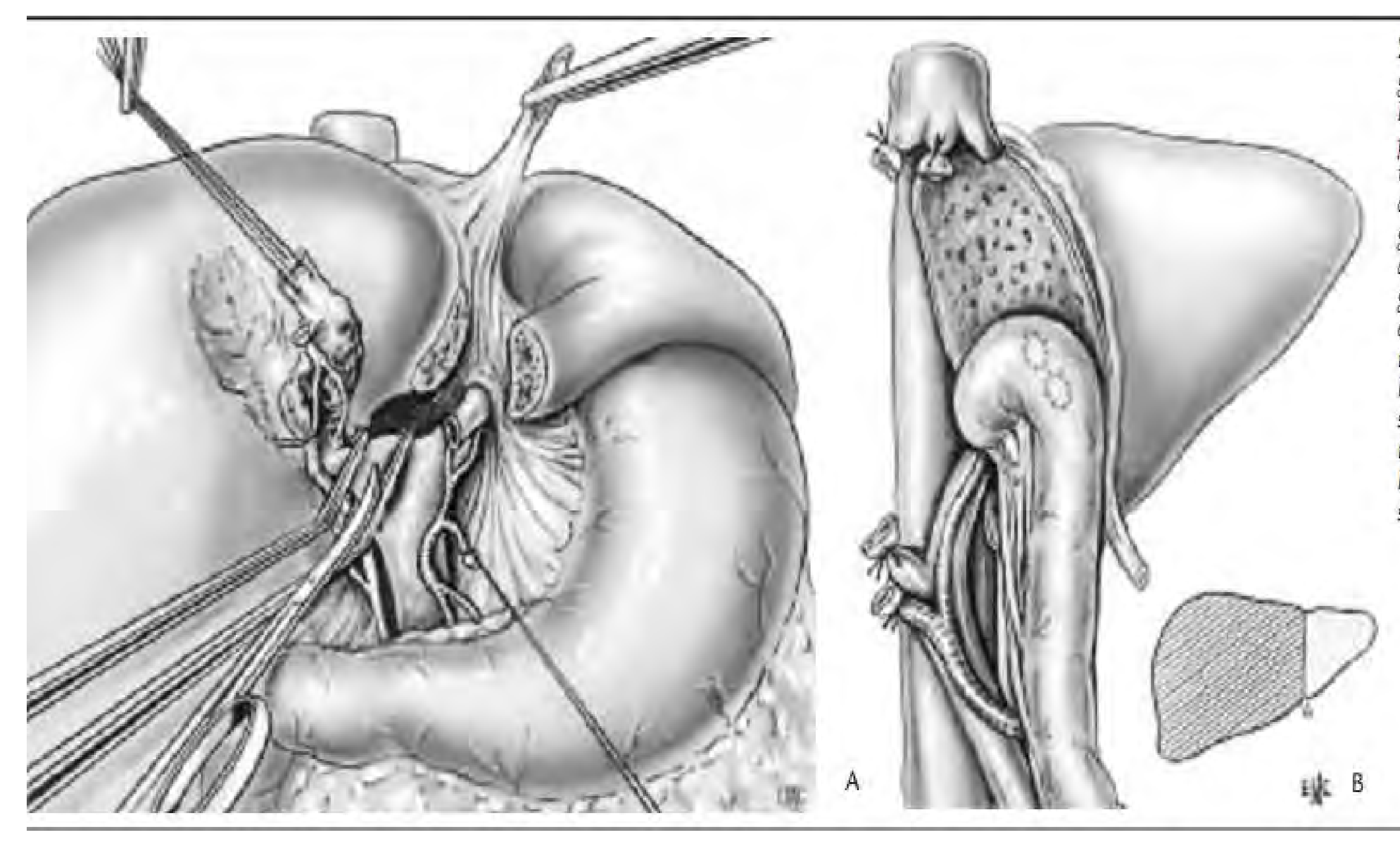
21 *Hépatectomie droite élargie au segment I e à la partie postérieure et inférieure du segmen IV et résection des voies biliaires extrahépatiques. Les canaux biliaires des segments II (b2) III (b3) sont exposés à droite de la portion ombilicale de la veine porte gauche d'avant en arrière*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



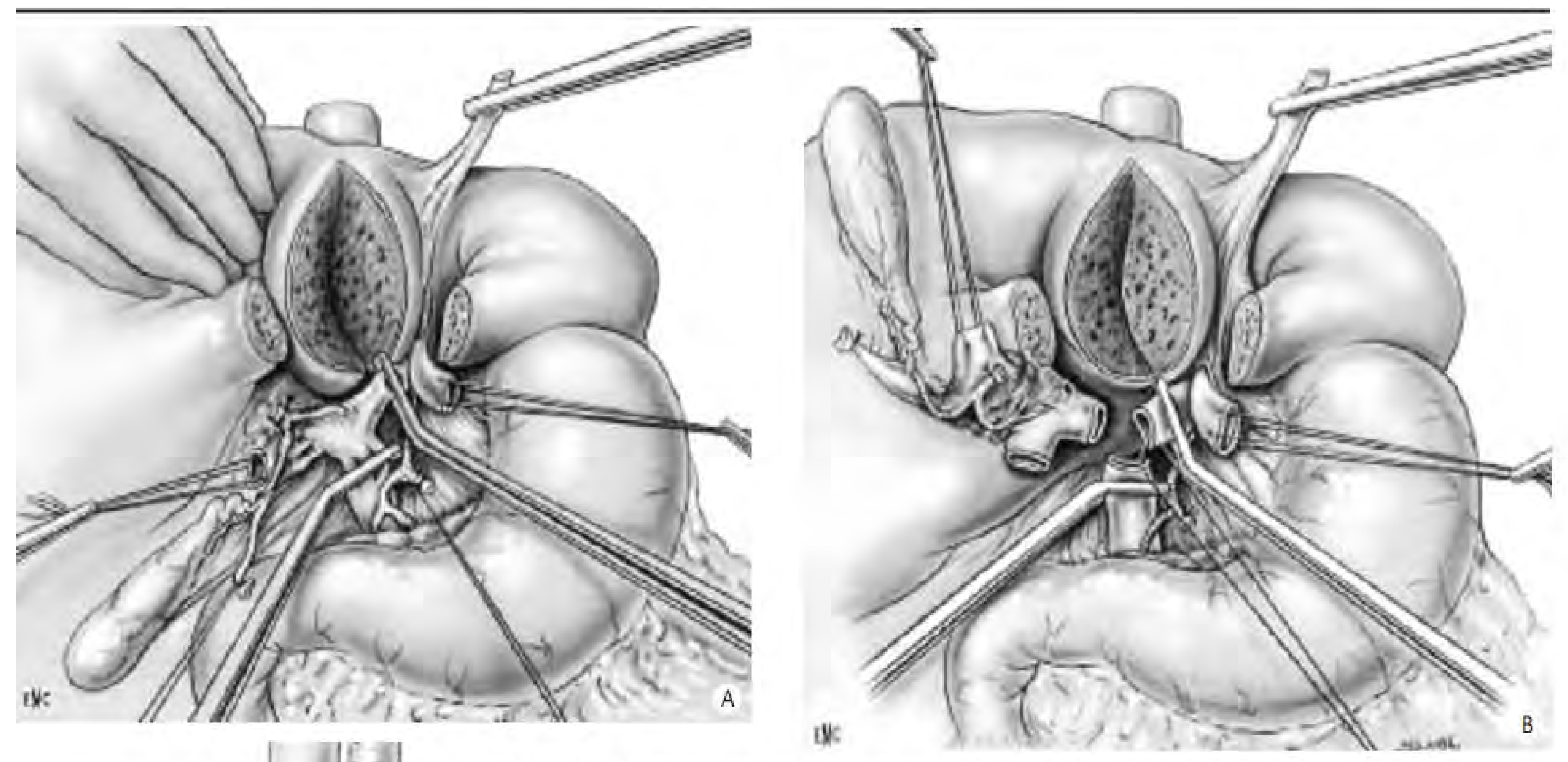
22 *Hépatectomie droite élargie au segment I et à la partie antérieure du segment IV (IVb). L'exérèse du segment I s'est faite en deux temps. Premier temps : hépatectomie droite. Deuxième temps : exérèse du segment I.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



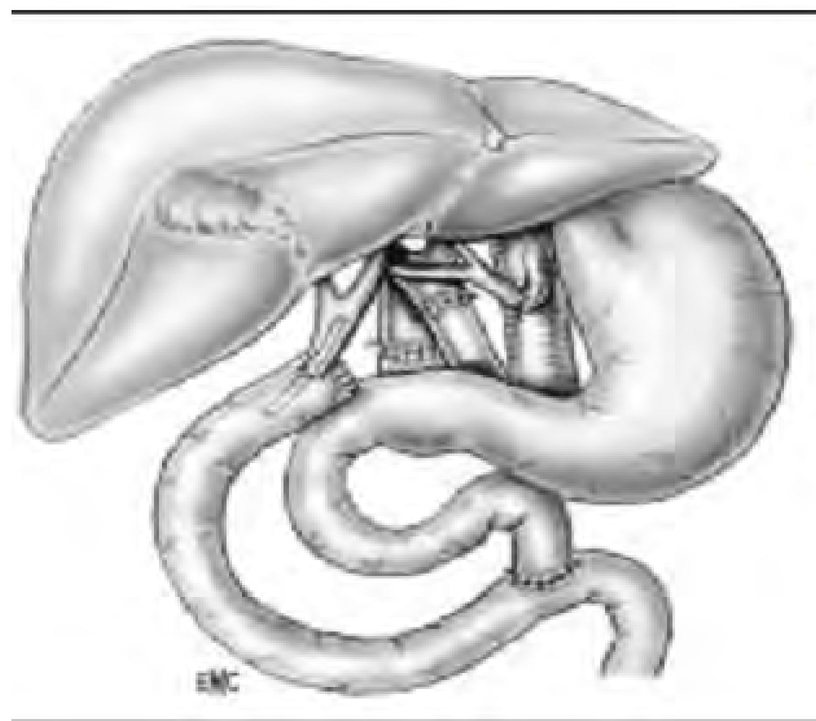
23 *Hépatectomie droite élargie au segment IV et segment I. le premier geste est d'ouvrir le pont parenchymateux entre segment III et IV puis la scissure ombilicale 5 mm à droite du ligament falciforme. L'on se porte d'emblée sur le canal biliaire gauche pour s'assurer que l'on est en territoire sain (biopsie extemporanée). Puis l'on dissèque l'artère hépatique droite que l'on sectionne et la branche droite du tronc porte. Ici, l'anastomose biliaire porte sur les canaux des segments II et III.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



26 *A, B. Hépatectomie droite élargie au segment IV avec exérèse vasculaire.*
C. Prélèvement de la veine primitive pour interposition veineuse du tronc porte.

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



32 *Hépatectomie totale et transplantation avec rétablissement de la continuité biliaire sur anse en « Y ».*

Chirurgie palliative :

Son objectif est de permettre le passage de la bile du foie vers le tube digestif. Les méthodes utilisées sont : les drainages transtumoraux, et les anastomoses biliodigestives.

-Techniques de dénivation :

1/ Intubations transtumorales :

Intubation transtumorale en séton à drainage externe :

Intubations transtumorales à drain perdu :

Prothèse de Kron :

.

2/ Anastomoses biliodigestives :

Lorsque la convergence des 2 canaux est respectée : anastomose intra-hépatique gauche

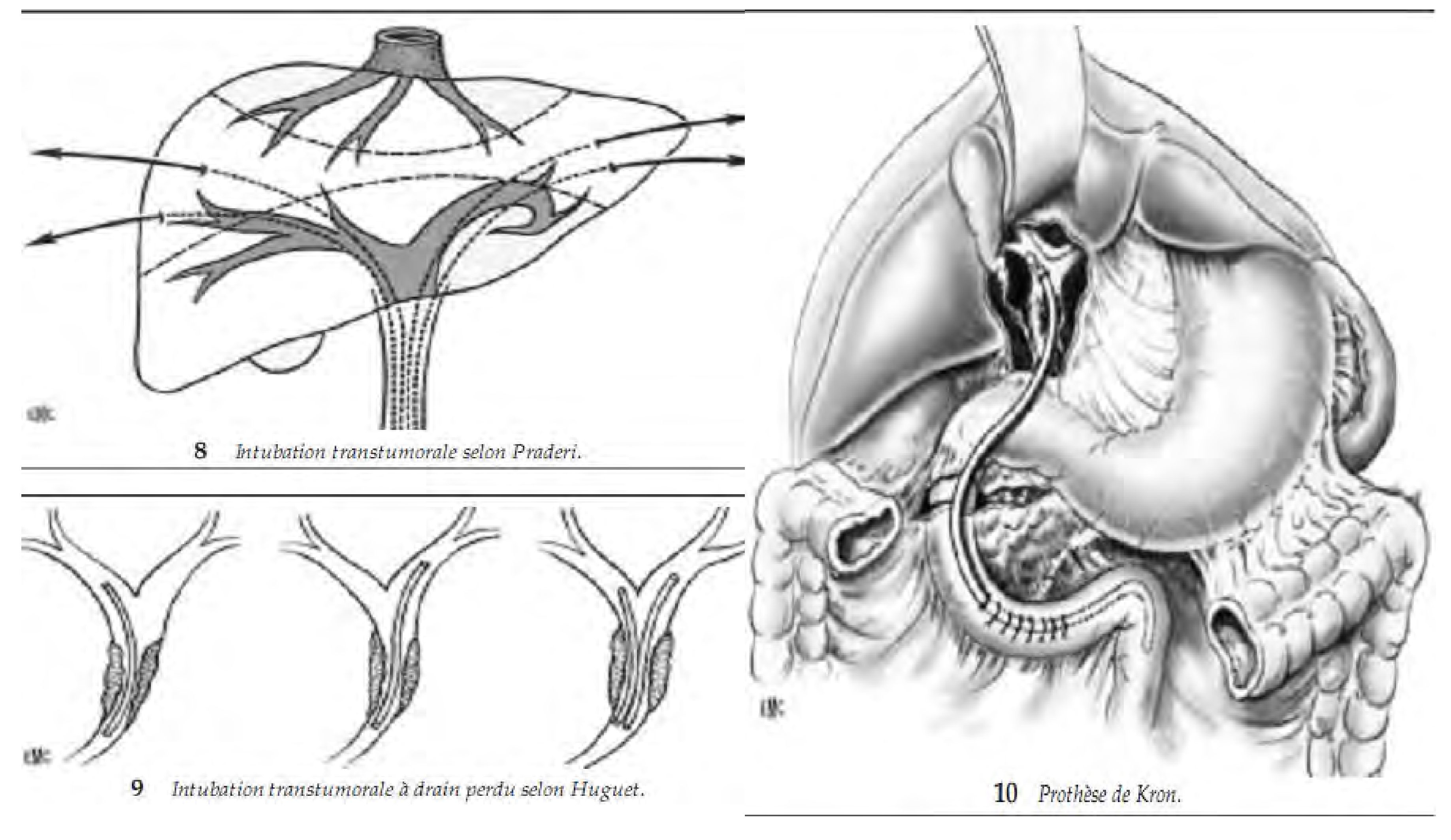
Lorsque la convergence est envahie, il y a 03 possibilités :

-Anastomose intra-hépatique gauche :

-Anastomose intra-hépatique droite :

-Anastomose intra-hépatique bilatérale :

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques

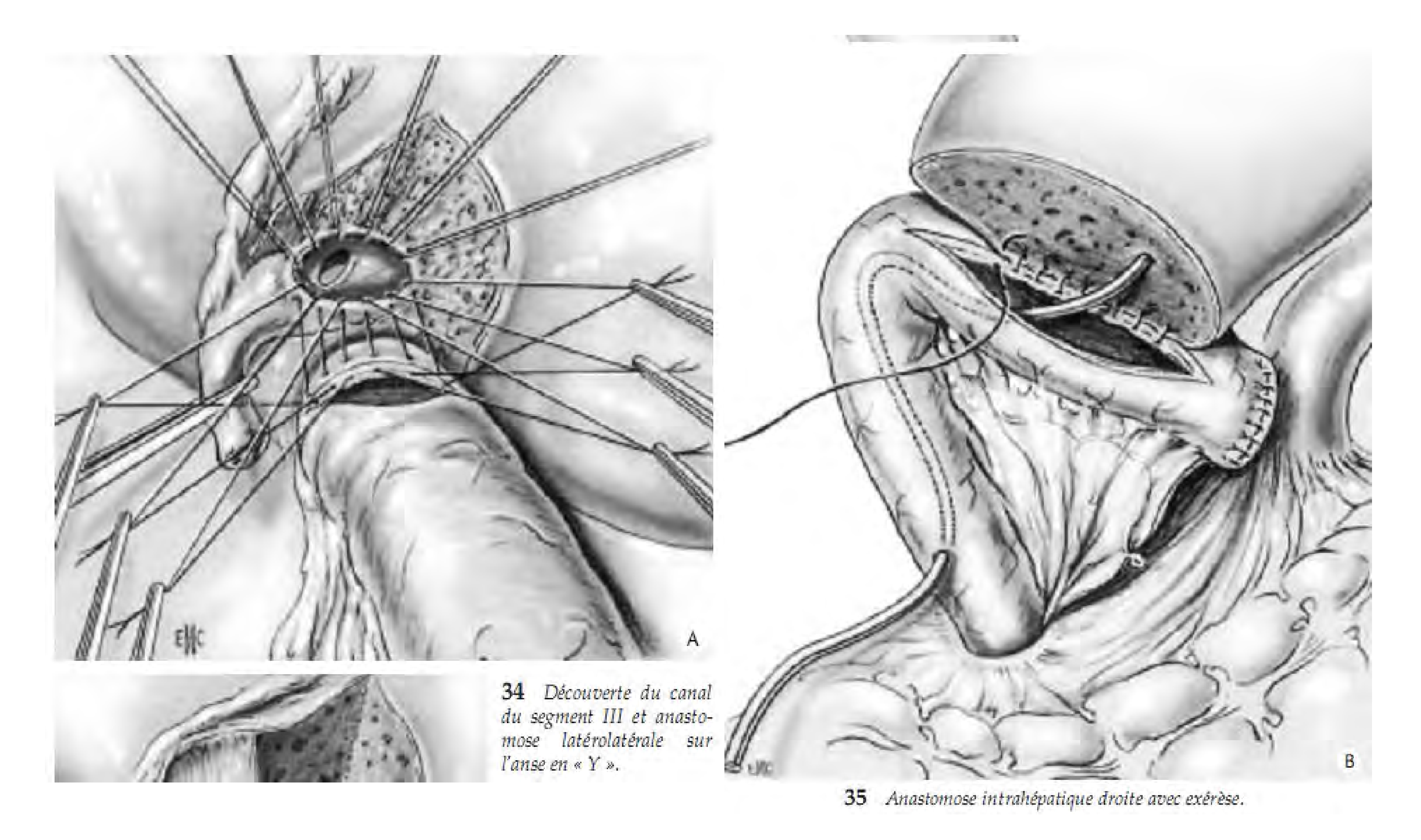


8 *Intubation transtumorale selon Praderi.*

9 *Intubation transtumorale à drain perdu selon Huguet.*

10 *Prothèse de Kron.*

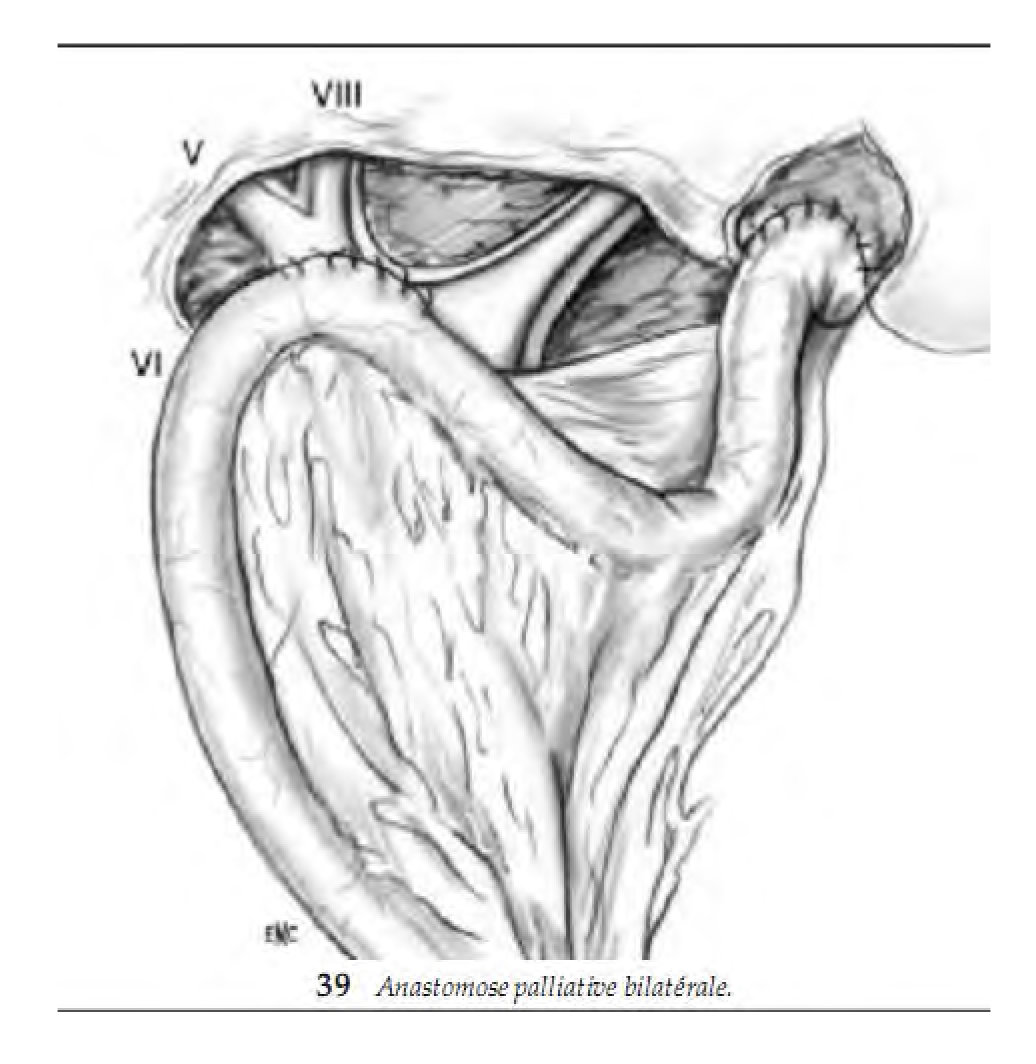
Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



34 *Découverte du canal du segment III et anastomose latérolatérale sur l'anse en « Y ».*

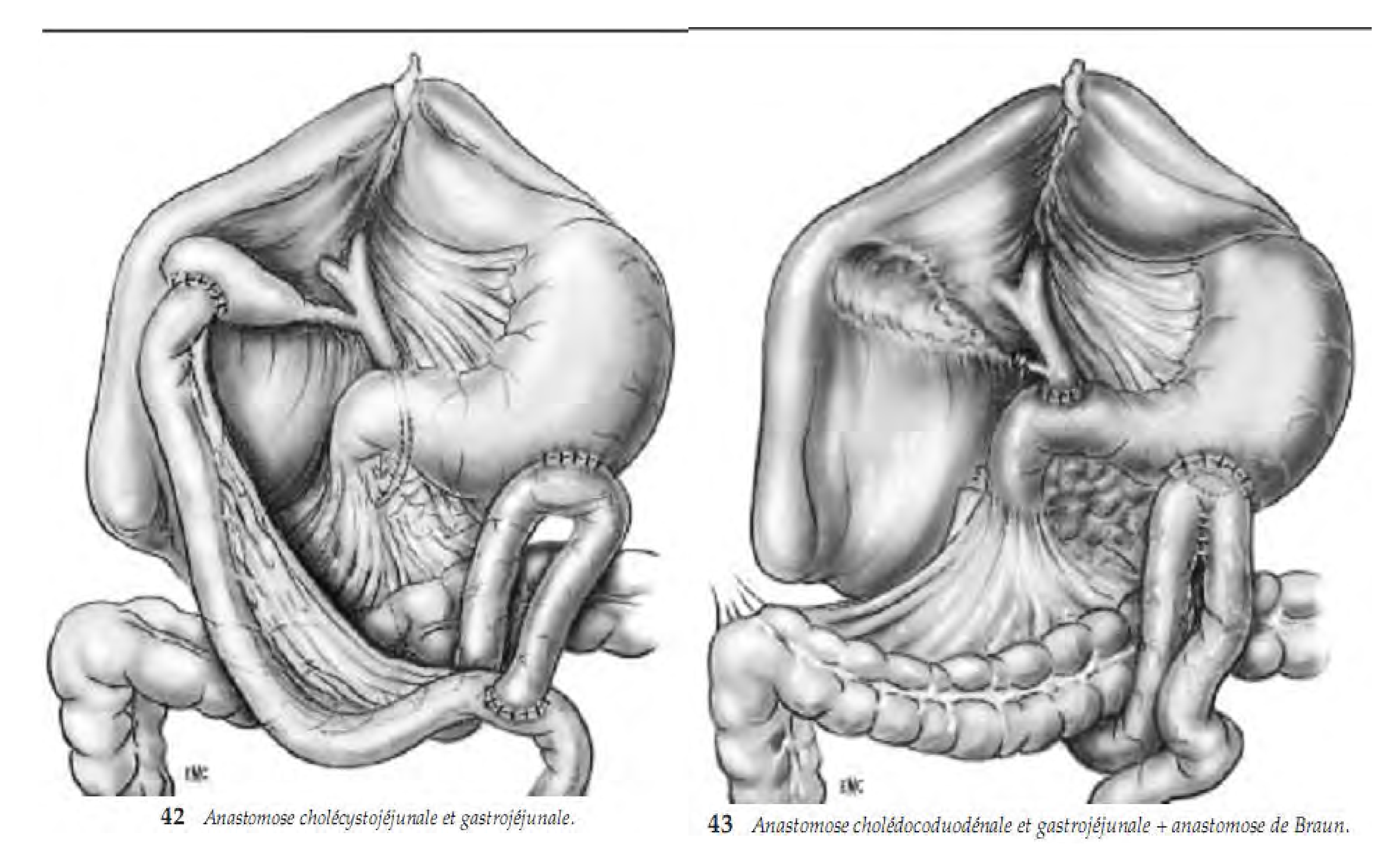
35 *Anastomose intrahépatique droite avec exérèse.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



39 *Anastomose palliative bilatérale.*

Cancer des Voies Biliaires Extra Hépatiques



42 *Anastomose cholécystojéjunale et gastrojéjunale.*

43 *Anastomose cholédocoduodénale et gastrojéjunale + anastomose de Braun.*

V-2/Traitement non-chirurgical :

L'intubation transtumorale est une alternative à la dérivation biliodigestive dans le traitement palliatif. Ces intubations peuvent être réalisées par voie endoscopique ou par voie transpariétale.

*** Traitement endoscopique :**

- ***Endoprothéses en plastique*** :.
- ***Prothèses métalliques expansives (PME)*** :
- **Techniques particulières endoscopiques** :

Méthode du" rendez-vous" : combine la voie percutanée transpariétale et endoscopique rétrograde.

*** Cholangiographie transtrépatique percutanée :**

La cholangiographie transhépatique est utilisée à titre diagnostique et thérapeutique : drainage percutané, pose d'endoprothése, dilatation de sténose, biopsie et cytologie biliaire.

V-3/ Traitement adjuvant :

Radiothérapie **:**

Radiothérapie externe : elle ne peut être qu'une thérapeutique associée soit à une résection tumorale, soit à différents procédés de décompression biliaire. Elle comporte un risque iatrogène pour les tissus voisins.

Radiothérapie localisée par voie endoscopique : après mise en place d'un drain nasobiliaire par voie endoscopique, une irradiation locale de courte durée (8 minutes) est réalisée. La dose délivrée/ séance est de 12 grays ; 3 –4 séances sont réalisées à 3 jours d'intervalle.

Chimiothérapie :

Les rares études publiées montrent la difficulté de la chimiothérapie systémique chez ces patients dénutris et présentant d'autres pathologies associées.

VII. CONCLUSION

-Le cancer des voies biliaires extra-hépatiques est une affection rare.

-Les techniques d'imagerie se sont développés avec en particulier l'écho endoscopie et la cholangio-IRM permettant une meilleure appréciation de l'extension loco-régionale et donc de l'extirpabilité de ces tumeurs.

- L'exérèse doit toujours être envisagée.

-Les procédés palliatifs sont nombreux, chirurgicaux et endoscopiques.

-**L'apport des endoprothéses métalliques dans le traitement endoscopique palliatif a permis l'amélioration du confort de ces patients.**

-**En fait, la stratégie thérapeutique doit résulter d'une démarche coordonnée, tenant compte de l'expérience du chirurgien, de l'endoscopiste et du radiologue.**

-Quoiqu'il en soit, cette pathologie reste grave avec une médiane de survie de 8-10 mois dans le cas de traitement palliatif, et aucune survie à 5 ans.